

桃園市政府衛生局  
「115 年度年輕型失智症多元支持方案」活動滿意度調查表

活動日期： 115 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 活動地點： \_\_\_\_\_  
活動名稱： \_\_\_\_\_ 講師姓名： \_\_\_\_\_  
學員姓名： \_\_\_\_\_ 連絡電話： \_\_\_\_\_

一、活動滿意度回饋（每次參與學員必填）

1. 我對講師的引導及專業內容感到滿意  
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
2. 活動內容符合需求與興趣  
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
3. 我滿意在活動中與其他參與者交流的機會  
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
4. 本次活動有助於緩解自己的心理壓力  
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
5. 我願意推薦其他有需要的家庭參與此活動  
非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意
6. 下次是否願意參與本活動？  
願意  
不願意，原因：時間無法配合 交通不便  
活動內容不符合期待 其他\_\_\_\_\_
7. 您目前最希望獲得的資訊或支持為何？(可複選)  
疾病認識與就醫資訊 法律諮詢與財務規劃  
職場調適或角色重建 家屬喘息與心理支持  
照護技巧與溝通能力 其他：\_\_\_\_\_

二、您對本次活動內容最大的收穫，或對於未來舉辦主題的其他建議？

---

---

謝謝您撥空填寫此份問卷，您的參與是衛生局最大的鼓勵。桃園市政府衛生局關心您！！